EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	01/02/2023

Para el efecto, dentro de los criterios técnicos establecidos por la resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, el manual de contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.

NOMBRES Y APELLIDOS: SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA

CARGO: JEFE DE ENFERMERIA

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
	GESTION DEL TALENTO HUMANO				
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente				
2	Hoja de vida en pdf (actualizada con foto)				
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería				
4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años				
5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No menor a tres meses				
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No menor a tres meses				
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses				
8	Certificado medidas correctivas. *No menor a tres meses				
9	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)				
10	RUT Actualizado				
11	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.				
12	Certificado actual de afiliación EPS				
13	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones				
14	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II				
15	Formato de declaración de bienes y rentas conflicto intereses ajustado SIGEP II				
16	Formato de oferta de prestación de servicios				
17	Formato de indemnidad				
18	Formato de ARL				
19	Autorización manejo de datos personales (habeas data)				
20	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información				
21	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)				
22	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo				
23	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo				
24	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría *Vigencia de 3 años				
	SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO				
25	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
26	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado				
27	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
28	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado				
29	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
30	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
31	Tarjeta profesional				
32	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca				
33	ReTHUS actualizado– pregrado y postgrado (Asistenciales)				
34	Resolución de convalidación de títulos *Aplica para extranjeros				
	CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES				
35	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)				
36	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)				
37	Manejo del duelo (Asistenciales)				
38	Inducción – reinducción corporativa (Todos)				
	AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
39	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
40	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	JEFE DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
41	Toma de muestra con fecha de vigencia				
42	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
	MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
43	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
44	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatría)				
45	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos.				
	MEDICO URGENCIOLOGO				
46	Certificado en formación de sedación				
	ODONTOLOGO				
47	Certificado radio protección * Vigencia 2 años				
	AUXILIAR DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
48	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador				
49	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	JEFE DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
50	Retiro e inserción DIU				
51	Retiro e inserción JADELLE				
52	Certificado de formación en toma de citología				
53	Soporte vital avanzado				
	MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
54	Soporte v tal avanzado				
	CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS				

	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH-FTO-19
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	01/02/2023

Para el efecto, dentro de los cuales técnicos establecidos por la resolución 3100 de 2019 del ministerio de Salud y Protección Social, el manual de contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente

NOMBRES Y APELLIDOS: SUSAN KATHERIN DE LA HOZ CABRERA

CARGO: JEFE DE ENFERMERIA

ITEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO				
1	Propuesta de servicio dirigida al gerente				
2	Hoja de vida (SIGEP II actualizada con FUT)				
3	Documentos de afiliación al ISCH. Ultimo pubimente por los dos casos				
	Paz con registro civil y cedula de extranjeria				
4	Libreta militar o ISCH. Ultimo pubimente por los dos casos o certificado situación militar definida. *Aplica a varones para hombres menores de 50 años				
5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No mayor a tres meses				
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No mayor a tres meses				
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No mayor a tres meses				
8	Certificado medida correctivas. *No mayor a tres meses				
9	Certificados de Disciplinaria (ordinaria, odontología y enfermería)				
10	RUT Actualizado				
11	Formato SIGEP II. Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo				
12	Certificado afiliación de la Caja de Compensación Familiar				
13	Constancia afiliación de pensión fondo de pensiones				
14	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II				
15	Formato de declaración de bienes y rentas consolidado SIGEP II				
16	Formato de *Acta de posesión de servicios				
17	Examen de ingreso				
18	Fotocopia de cedula				
19	Autorización manejo de datos personales (Ley de habeas data)				
20	Compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información				
21	Registro de vacunación (Hepatitis B completo)				
22	Carnet de vacunas COVID 19 esquema completo				
23	Carnet de vacunas Pfizer (influenza) Sinovac Refuerzo * Esquema completo				
24	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometria vigencia de 3 años				
	SOPORTES DE ESTUDIOS PROFESIONALES				
	***DIPLOMA Y ACTA DE GRADO**				
25	Título académico (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
26	Título *De conformidad con el perfil solicitado				
27	Título *De conformidad con el perfil solicitado				
28	Título *De conformidad con el perfil solicitado				
29	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
30	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
31	Tarjeta profesional				
32	Resolución para ejercicio profesional y tarjeta de Cundinamarca				
33	Registro actualizado (Psicología)				
34	Resolución de convalidación de títulos *No aplica para extranjeros				
	CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES				
35	Actualización de soporte científico (Periodo de asistencia y horario de asistencia)				
36	Nota externado (para médicos de apoyo social (Odontólogos)				
37	Materia del Curso (Psicorrumbo)				
38	Diplomado reducción compensativa (Tuxtla)				
	AUXILIAR DE ENFERMERIA DIFERENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
39	Tarjeta vital (Hoja con fecha de vigencia)				
40	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	JEFE DE ENFERMERIA DIFERENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
41	Toma de muestra con fecha de vigencia				
42	Tarjeta vital (Hoja con fecha de vigencia)				
	MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
43	Tarjeta vital (Hoja con fecha de vigencia)				
44	Tarjeta vital (Hoja con fecha de vigencia (Pediatra)				
45	Certificado uso tarjeta de Cirujanos * Aplica a médicos hospitalización, médicos quirúrgicos, ginecólogos, urólogos				
	MEDICO ODONTOLOGO				
46	Capacitación en bioseguridad				
	ODONTOLOGO				
47	Certificado rayos (proyección * vigencia 2 años				
	AUXILIAR DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
48	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador				
49	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	JEFE DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
50	Curso o inducción PAI				
51	Tarjeta de inducción SALUDATE				
52	Certificado de formación en toma de cobertura				
53	Soporte vida avanzada				
	MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
54	Soporte vital avanzado				
	CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS				

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	01/02/2023

55	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia				
56	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia				
57	Registro único nacional de tránsito RUNT				
58	Licencia de conducción				
59	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de transito				
60	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosensométricas * Vigencia 3 años.				
	AUXILIAR ENFERMERIA AMBULANCIA				
61	Soporte vital básico				
62	Primeros Auxilios				
63	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
	INGENIERO BIOMEDICO				
64	Certificado del registro INVIMA				
	SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLINICO				
65	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea				
66	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
	RADIOLOGIA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)				
67	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.				
68	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visiometría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre)				
	SERVICIO DE ALIMENTACION				
69	Certificación de manipulación de alimentos				
70	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.				
	MANTENIMIENTO				
71	Certificado curso de alturas				
72	Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.				
	EXPERIENCIA LABORAL				
73	Certificaciones laborales *De conformidad con el perfil solicitado	/			
Nombre y firma de quien verifica la documentación:					

- **Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente, en carpeta de juego de tapas legajadoras tamaño oficio y gancho plástico legajador, además de subir en el link del drive la carpeta con los documentos digitales destinados para tal fin. (Carpeta que no se encuentre subida en drive, no será recibida en físico).**
- **El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio magnético y en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.**

NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (Pagina 1-2)

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).
- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.

COORDINADORA TALENTO HUMANO
ROSANA ALEXANDRA SANTO ANGEL

	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL	CÓDIGO	TH_FTO_19
	PROCESO: Gerencia del talento humano	VERSIÓN	01
		VIGENCIA	01/02/2023

55	Formación operador vehículo de emergencia (CCVE) * Aplica solo ambulancia				
56	Patronaje o similar * Aplica solo ambulancia				
57	Registro único nacional de talento RUNT				
58	Licencia de conducción				
59	Cartilla SIMAT validó de Inferiores y murales de traslado				
60	Certificado de control laboral con enfasis osteomuscular y evaluaciones psicosensométricas * Vigencia 2 años				
	AUXILIAR ENFERMERIA AMBULANCIA				
61	Apoyo Vital básico				
62	Parteria Avanzada				
63	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OF CARE TESTING - POCT)				
	INGENIERO BIOMEDICO				
64	Copia del registro invima				
	SERVICIO TRANSFUSIONAL \ LABORATORIO CLINICO				
65	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea				
66	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OF CARE TESTING - POCT)				
	RADIOLOGIA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)				
67	Carnetizado curso radioprotección * Vigencia 2 años.				
68	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , movientos y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH, T3 Y T4 libre)				
	SERVICIO DE ALIMENTACION				
69	Certificación de manipulador de alimentos				
70	Certificado de aptitud laboral con exámen coprológico, frote faringeo con cultivo, COH.				
	MANTENIMIENTO				
71	Certificado curso de alturas				
72	Certificado de aptitud laboral con enfasis osteomuscular * Vigencia 1 año.				
	EXPERIENCIA LABORAL				
73	Certificar cartas laborales				
	*De conformidad con el perfil solicitado				

Remarte y firma de quien verifica la documentación:

- Para el entrega fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente, en carpeta de **juego de tapas** legajador as tamaño oficio y gancho plástico legajador, además de subirlos en el link del drive la carpeta con los documentos digitales diseñadora para tal fin. (Carpeta que no se encuentre subida en drive, no será recibida en físico).
- El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio magnético y en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.

NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (Página 1-2)

Personal Asistencial: La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios. (Médicos, Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeros jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadoras sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).

Personal Administrativo: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, definir como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.

COORDINADORA TALENTO HUMANO
ROSANA ALEXANDRA SANTO ANGEL

Soacha, _22_ de _05____ de 2023

Doctora.
ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Calle 13 # 9-97
Teléfono: (601) 730 92 30
Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Susan De La Hoz Llerena

Cargo, Enfermera Jefe

Respetada Doctora Alexandra González Moreno, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,

Susan De la Hoz LL.

Nombre del Contratista
CC:1º45309126
Dirección: santa ana campreste casa 71
Email: sofydelahoz@gmail.com
Teléfono/ Celular: 3202091896

Soacha, _22_ de _05____ de 2023

Doctora.
ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Calle 13 # 9-97
Teléfono: (601) 730 92 30
Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Susan De La Hoz Llerena

Cargo, Enfermera tefe

Respetada Doctora Alexandra Gonzalez Moreno, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,

Susan De la Hoz LL

Nombre del Contratista
CC:1964530912 6
Dirección: santa ana camprete casa 71
Email: sofyde1aho z@gmail.com
Teléfono/ Celular: 3202091896

SUSAN KATHERI DE LA HOZ LLERENA
C.C 1045309126 de ARROYOHONDO BOLIVAR
Teléfono: 3202091896
sofydelahoz@gmail.com



PERFIL PROFESIONAL

Enfermera con enfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Con habilidad en alcanzar métas propuestas, liderazgo trabajo en equipo y brindar un cuidado intégral y de calidad dentro de la practica de mi profesion al usuario, la familia y la comunidad basado en el Proceso de atención de Enfermería, aplicando y diseñando modelos de atención de enfermería con responsabilidad y honestidad.

SUSAN KATHERI DE LA HOZ LLERENA
C.C 1045309126 de ARROYOHONDO BOLIVAR
Teléfono: 3202091896
sofydelahoz@gmail.com

PERFIL PROFESIONAL

Enfermera con énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Con habilidad en alcanzar metas propuestas, liderazgo trabajo en equipo y brindar un cuidado integral y de calidad dentro de la practica de mi profesion al usuario, la familia y la comunidad basado en el Proceso de atención de Enfermería, aplicando y diseñando modelos de atención de enfermería con responsabilidad y honestidad.

SUSAN KATHERI DE LA HOZ LLERENA
C.C 1045309126 de ARROYOHONDO BOLIVAR
Teléfono: 3202091896
sofydelahoz@gmail.com

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres	*Susan Katherin*
Apellidos	De la Hoz Llerena
Cédula de Ciudadanía	*1045309126 Arroyohondo Bolívar*
Fecha de Nacimiento	*Mayo 17 del 1995*
Estado Civil	*Soltera*
Dirección de Residencia	*Calle 8 CRA 4#135 Cementerio*
Celular	*3045553753*

ESTUDIOS REALIZADOS

PRIMARIA
Institución Educativa de Arroyohondo Roberto Botero Morales
Básica primaria

SECUNDARIA
Instituto Educativo de Arroyohondo Roberto Botero Morales
Bachiller académico

PROFESIONAL
Universidad Simón Bolívar, Barranquilla
Enfermera

SUSAN KATHERI DE LA HOZ LLERENA
C.C 1045309126 de ARROYOHONDO BOLIVAR
Teléfono: 3202091896
sofydelahoz@gmail.com

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres	Susan Katherin
Apellidos	De la Hoz Llerena
Cédula de Ciudadanía	1045309126 Arroyohondo Bolivar
Fecha de Nacimiento	Mayo 17 del 1995
Estado Civil	Soltera
Dirección de Residencia	Calle 8 CRA 4#135 Cementerio
Celular	3045553753

ESTUDIOS REALIZADOS

PRIMARIA
Institución Educativa de Arroyohondo Roberto Botero Morales
Básica primaria

SECUNDARIA
Instituto Educativo de Arroyohondo Roberto Botero Morales
Bachiller académico

PROFESIONAL
Universidad Simón Bolivar, Barranquilla
Enfermera

SUSAN KATHERI DE LA HOZ LLERENA
C.C 1045309126 de ARROYOHONDO BOLIVAR
Teléfono: 3202091896
sofydelahoz@gmail.com

DIPLOMADO
Universidad Simón Bolívar (Barranquilla)
Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad (P Y P)

SEMINARIO
II seminario internacional de investigaciones en promoción y prevención salud familiar, cultura y su incidencia en enfermedades crónicas no transmisibles. 2014

SEMINARIO
II seminario internacional de investigaciones en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desde el enfoque del lenguaje estandarizado NANDA, NIC, NOC. 2015

SEMINARIO
IV seminario internacional de intervenciones en promoción y prevención: salud, medio ambiente y modelo de los sistemas Betty Newman. 2015

IDIOMAS EXTRANJEROS
Universidad Simón Bolívar (Barranquilla)
VI semestres de ingles

SUSAN KATHERI DE LA HOZ LLERENA
C.C 1045309126 de ARROYOHONDO BOLIVAR
Teléfono: 3202091896
sofydelahoz@gmail.com

DIPLOMADO
Universidad Simón Bolívar (Barranquilla)
Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad (P Y P)

SEMINARIO
II seminario internacional de investigaciones en promoción y prevención salud familiar, cultura y su incidencia en enfermedades crónicas no transmisibles. 2014

SEMINARIO
II seminario internacional de investigaciones en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desde el enfoque del lenguaje estandarizado NANDA, NIC, NOC. 2015

SEMINARIO
IV seminario internacional de intervenciones en promoción y prevención: salud, medio ambiente y modelo de los sistemas Betty Neuman. 2015

IDIOMAS EXTRANJEROS
Universidad Simón Bolívar (Barranquilla)
VI semestres de Ingles

SUSAN KATHERI DE LA HOZ LLERENA
C.C 1045309126 de ARROYOHONDO BOLIVAR
Teléfono: 3202091896
sofydelahoz@gmail.com

EXPERIENCIAS LABORALES

Empresa	***E.S.E Arroyohondo bolívar***
Cargo	*coordinadora de P y M*
Jefe Inmediato	*Álvaro Pérez*
Dirección	*Carrera 1 N° 1-104*
Teléfono:	***3015306138***
Tiempo:	***7 meses***

Empresa	***Consorcio IBI 018***
Cargo	*Enfermera*
Jefe Inmediato	*Javier La Madrid*
Dirección	***Vía** Arroyohondo Bolívar*
Teléfono:	***3106327255***
Tiempo:	***2 meses***

Empresa	***E.S.E Puerto Carreño vichada***
Cargo	*Enfermera*
Jefe Inmediato	*Solanyerr Vega perdomo*
Dirección	*calle 18 #10 - 10 – 43 B*
Teléfono:	***3103092062***
Tiempo:	***27 meses***

SUSAN KATHERI DE LA HOZ LLERENA
C.C 1045309126 de ARROYOHONDO BOLIVAR
Teléfono: 3202091896
sofydelahoz@gmail.com

EXPERIENCIAS LABORALES

Empresa	**E.S.E Arroyohondo bolivar**
Cargo	coordinadora de P y M
Jefe Inmediato	Alonso Pérez
Dirección	Carrera 1 N° 1-104
Teléfono:	**3015306138**
Tiempo:	7 meses

Empresa	**Consorcio IBI 018**
Cargo	Enfermera
Jefe Inmediato	Javier La Madrid
Dirección	Vía Arroyohondo Bolívar
Teléfono:	**3106327255**
Tiempo:	2 meses

Empresa	**E.S.E Puerto Carreño vichada**
Cargo	Enfermera
Jefe Inmediato	Solanyer Vega perdomo
Dirección	calle 18 #10 - 10 – 43 B
Teléfono:	**3103092062**
Tiempo:	27 meses

SUSAN KATHERI DE LA HOZ LLERENA
C.C 1045309126 de ARROYOHONDO BOLIVAR
Teléfono: 3202091896
sofydelahoz@gmail.com

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre	***Harry Zanches Munevar***
Ocupación	***Pediatra***
Teléfono	***3002089894***

Nombre	***Verónica Gonzales***
Ocupación	***Odontóloga***
Teléfono	***31081771007***

Nombre	***Nellys Parra***
Ocupación	*Enfermera*
Teléfono	***3124394503***

SUSAN KATHERI DE LA HOZ LLERENA
C.C 1045309126 de ARROYOHONDO BOLIVAR
Teléfono: 3202091896
solydelahoz@gmail.com

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre	Harry Sanches Munerdar
Ocupación	Pediatra
Teléfono	3002089894

Nombre	Verónica Gonzales
Ocupación	Odontóloga
Teléfono	3108177107

Nombre	Nellys Parra
Ocupación	Enfermera
Teléfono	3124396503

SUSAN KATHERI DE LA HOZ LLERENA
C.C 1045309126 de ARROYOHONDO BOLIVAR
Teléfono: 3202091896
sofydelahoz@gmail.com

REFERENCIAS FAMILIARES

Nombre	***Rulbis Polo Rodríguez***
Ocupación	*Docente*
Teléfono	*3046714458*

Nombre	***Nando Rodreguez***
Ocupación	*Docente*
Teléfono	*3046714458*

Susan De la Hoz LL.

Susan Katherin de la Hoz Llerena
C.C. No. 1045309126 Arroyohondo Bolívar

SUSAN KATHERI DE LA HOZ LLERENA
C.C 1045309126 de ARROYOHONDO BOLIVAR
Teléfono: 3202091896
sofydelahoz@gmail.com

REFERENCIAS FAMILIARES

Nombre	Nubis Polo Rodriguez
Ocupación	Docente
Teléfono	3046714458

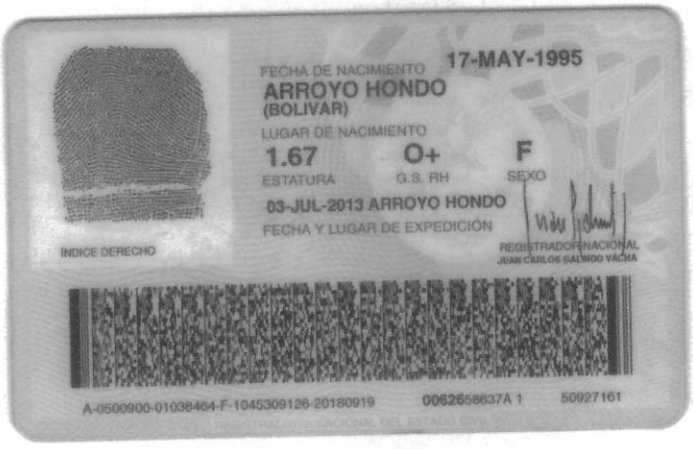
Nombre	Nando Rodriguez
Ocupación	Docente
Teléfono	3046714458

Susan Katherin de la Hoz Llerena
C.C. No. 1045309126 Arroyohondo Bolivar



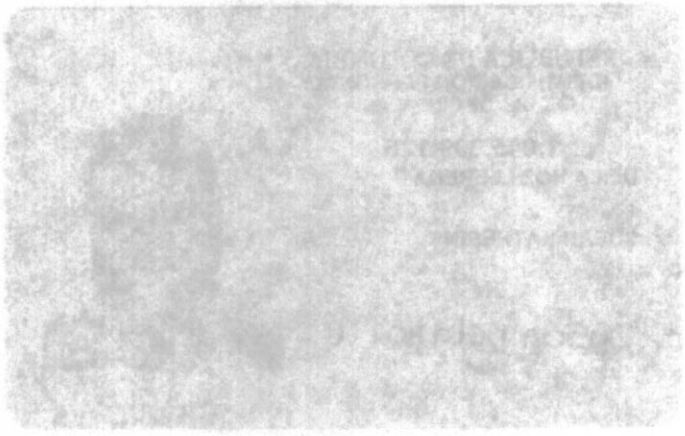
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

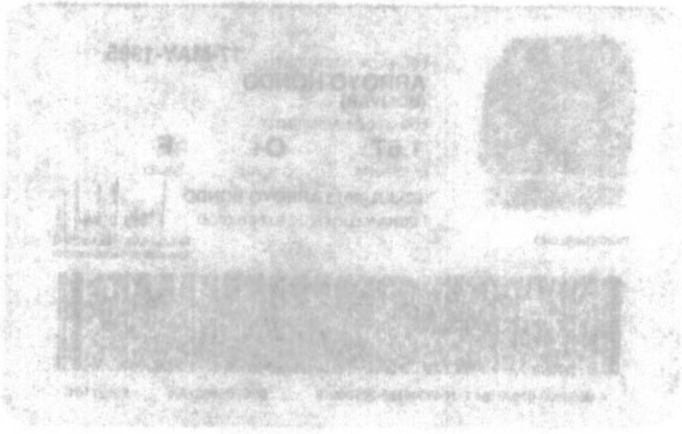
NUMERO 1.045.309.126
DE LA HOZ LLERENA
APELLIDOS
SUSAN KATHERIN
NOMBRES
Susan De la Hoz ll
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-MAY-1995
ARROYO HONDO
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
03-JUL-2013 ARROYO HONDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

A-0500900-01038464-F-1045309126-20180919 0062658637A 1 50927161





PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 223342227

WEB
06:47:10

Bogotá DC, 18 de mayo del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1045309126:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN

WEB
06:47:10
Hoja 1 de 01

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 223342227

Bogotá D.C. 13 de mayo del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1045309128:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de **nombramiento o posesión en cargos** que exijan **para su desempeño ausencia de antecedentes**, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se derivan de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñan funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se incluyen el registro de antecedentes solamente los reportes que tengan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presenta el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S). SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 18 de mayo de 2023, a las 06:53:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1045309126
Código de Verificación	1045309126230518065334

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL, INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales "SIBOR", hoy jueves 18 de mayo de 2023, a las 06:53:24, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1045309126
Código de Verificación	1045309126230618085334

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:55:46 AM horas del 18/05/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1045309126**

Apellidos y Nombres: **DE LA HOZ LLERENA SUSAN KATHERIN**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en líneas de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:55:46 AM horas del 18/05/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía **Nº 1045390976**

Apellidos y Nombres: **DE LA HOZ LLERENA SUSAN KATHERIN**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercana.

Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia. Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 m y 2:00
pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159100 ext. 31052 (opción)
Resto del país: 01 8000 910 112
E-mail: dijin.ansic-
atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 18/05/2023 06:58:13 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1045309126** y Nombre: **SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **60822010** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 18/05/2023 06:58:13 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía **No. 1045309126** y Nombre:
SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA.

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana", Registro interno de validación No. **60822010** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA
NIT: 830040508-1
Ley 266de 1996 / Ley 911 de 2004:
"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.045.309.126, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintiseis (26) días del mes de Mayo del año dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Carrera 13A N° 106A – 28. Oficina 202, Edifico Rodal 4, Bogotá D. C.
Teléfono (57-601) 629 6659 – Celular 3103147663 y WhatsApp: 3208140060
www.tribunacionaleticoenfermeria.com/ trienfer@outlook.com

Escaneado con CamScanner
Powered by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 9 Solicitud de actualización de datos de identificación

4. Número de formulario 14908543847

(415)7707212489984(8020) 000001490854384 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1045309126	2	Impuestos de Cartagena 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1045309126	2013-07-03

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bolívar 1 3	Arroyohondo 0 6 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DE LA HOZ	LLERENA	SUSAN	KATHERIN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Arroyohondo 0 6 2

41. Dirección principal: CL 7 A # 3 70

42. Correo electrónico: sofydelahoz@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3045553753	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8699	2020-07-01						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio 1	2	3
		57. Modo		
		58. CPC		

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha 2023 - 04 - 14 / 12 : 21 : 30

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre YEPES RODRIGUEZ JOSE HERMINSOL
985. Cargo Gestor III

Fecha generación documento PDF: 18-05-2023 07:24:21AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Cheque: 0 9 Solicitud de actualización de datos de identificación

4. Número de formulario: 1490894138847

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 4 5 3 0 9 1 2 6 | 6. DV: 2 | 12. Dirección seccional: | 13. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida: 2 | 25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía: 1 3 | 26. Número de identificación: 1 0 4 5 3 0 9 1 2 6 | 27. Fecha expedición: 2 0 1 3 0 7 0 3

Lugar de expedición: 23. País: COLOMBIA 1 6 9 | 29. Departamento: Bolívar 1 3 | 30. Ciudad/Municipio: Arroyohondo 0 8 2

31. Primer apellido: DE LA HOZ | 32. Segundo apellido: LLERENA | 33. Primer nombre: SUSAN | 34. Otros nombres: KATHERIN

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACIÓN

39. País: COLOMBIA 1 6 9 | 39. Departamento: Bolívar 1 3 | 40. Ciudad/Municipio: Arroyohondo 0 8 2

41. Dirección principal: CL 7 A # 3 70

42. Correo electrónico: solydelaroz@gmail.com

43. Código postal: | 44. Teléfono 1: 3 0 4 6 5 6 3 7 5 3 | 45. Teléfono 2:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	51. Código	52. No. Establecimientos
8 6 9 9	2 0 2 0 0 7 0 1			1 2		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio: 1 2 3 | 57. Modo | 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actuaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT- tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no es exigible su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☐ | 60. No. de Folios: | 61. Fecha: 2023 - 04 - 14 12 : 21 : 30

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz, en caso de detectar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1 ° 1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del contribuyente:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada:

68A. Nombre: VERES RODRIGUEZ JOSE HERMINSOL

68B. Cargo: Gestor III

Fecha generación documento PDF: 18-05-2023 02:24:21AM

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2023

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	2023-05-25	CIUDAD:	soacha	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUB		OTRO	X	CUAL:	Enfermera

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
De La Hoz	Llerena	Susan	katherin

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1045309126	Arroyohondo Bolivar	2013 - 07 - 03
PASAPORTE		OTRO	N/A	ES RESIDENTE EN COLOMBIA?	SI	NO X

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
17 - 05 - 1995	Arroyohon Bolivar	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL						PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X	CASADO(A)	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE	VIUDO(A)		N/A	N/A	3202091896

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA									PROFESION / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO X	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	OTRO	CUAL: Enfermeria	CONTRATISTA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Santa Ana Campestre casa 71	Fusagasuga	Cundinamarca	Colombia	3203091896

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
sofydelahoz@gmail.com	sofy de la hoz rodriguez	PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
N/A	N/A	N/A	N/A

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP	N/A	N/A	N/A	
PASAPORTE	OTRO	CUAL: N/A		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI	NO	NACIONALIDAD:	N/A

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO		ESTUDIANTE		HOGAR		PENSIONADO		CUAL: Enfermera
SOCIO		CONTRATISTA	X	COMERCIANTE		EMPLEADO PUBLICO	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE		EMPLEADO SOCIO				OTRA.....	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI		SI	NO X	8699
		NO X	ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: X SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE			AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI	NO X			SI		SI
				NO X		NO X

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI X NO	NO X	ESE Región de Salud Soacha

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA									# NIT	
GOBIERNO		SERVICIOS		SALUD X					800006850-3	
EXPORTACIONES		AGRICOLA		ENERGETICA		FINANCIERA		TRANSPORTE	TECNOLOGIA	ALIMENTOS	MEDICAMENTOS
OTRA X	CUAL: Salud										

FORMATO SARLAFT

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2023

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
calle 13 numero 10 - 48	N/A	Soacha	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	enfermera		FECHA VINCULACION	01-05-2023

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 3.000.000	GASTOS FAMILIARES	$ 800.000	AHORROS	$ 300.000	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 450.000	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 3.000.000	TOTAL EGRESOS	$ 1.250.000	TOTAL ACTIVOS	$ 300.000	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	N/A	N/A	N/A

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Gonzales	Chaus	Veronica	N/A
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Santa Ana Campestre casa 71	fusagasuga _ Cundinamarca	Jefe	3108177107

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BBVA	AHORRO	1307350002 00285000	PUETO CARREÑO	N/A

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO [X]

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIAS [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] OTRA [ ] CUAL: N/A

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

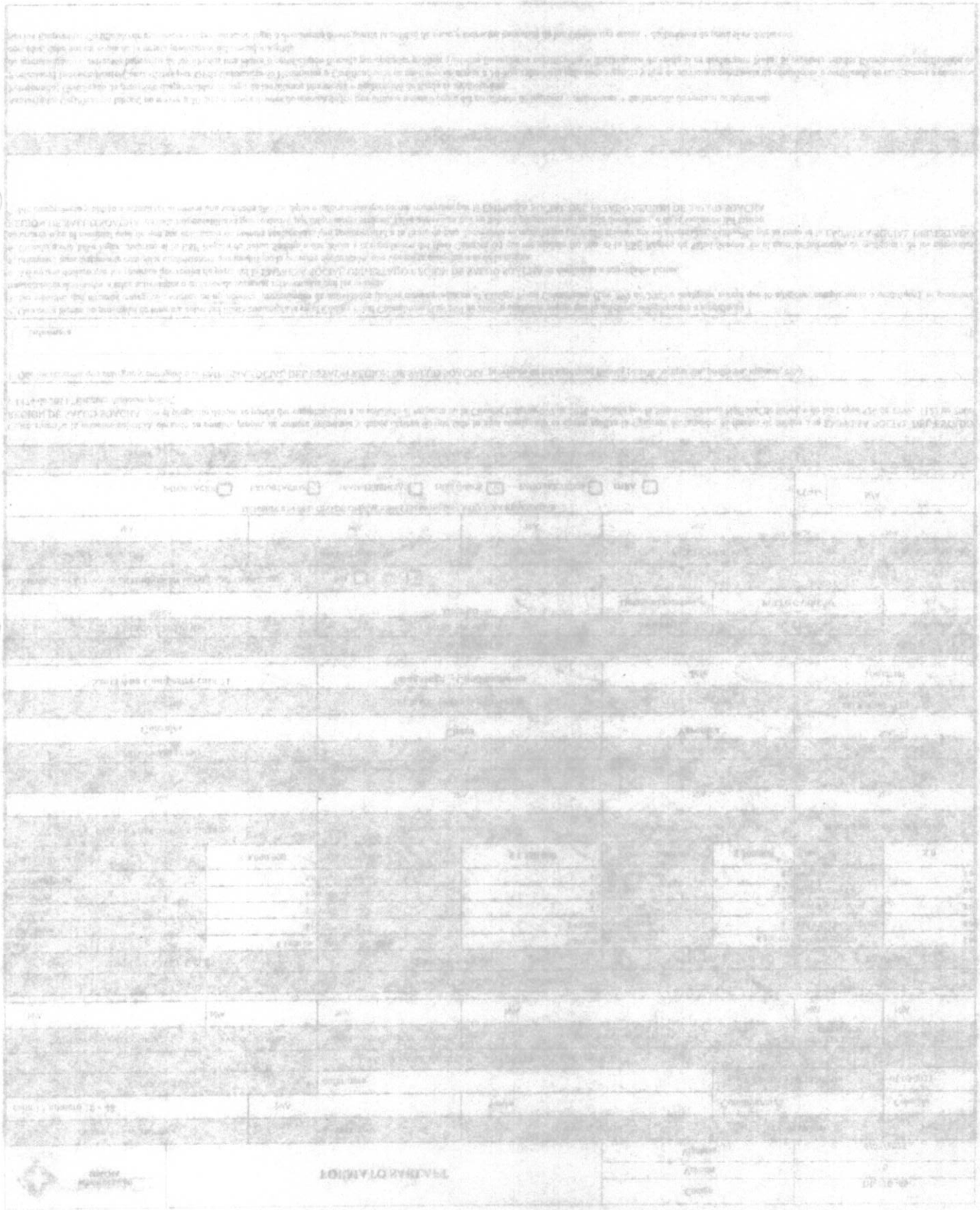
1. Que los recursos que entregue y entregaré a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Enfermera

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2023

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

III. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accederé a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. c) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Susan De la Hoz Ll.

SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

	FORMATO SABLAPT	Código
		Versión
		Vigencia

1. Original Controlado de Impresión - Representa la copia oficial más reciente del documento, resguardada por la Cámara de Comercio (Para Contratos)

2. Personas de Soporte Línea Telefónica: 2017

3. Personas Responsables de RL

4. Duración del documento de identificación - aplicada al 100%

5. Vigencia Indefinida de Vuelta del último periodo de Duración (si esta obligado a declarar)

6. Debida Diligencia del último periodo de duración: especifica la cantidad de las personas naturales no determinadas según que el caso Obligado a llenar mensualidad

APOBE RANGO: Alguna poder diferenciar diversa que mantenga, ante Vicepio Público

NOTA: Toda las persona de mi no dar por ningún diligenciar opcional. Numeración, tema acerca. Personas. Agente, diferencia, etc.)

---

1. Que los datos personales suministrados en el actual Formulario de Conocimiento del Cliente son ciertos y autorizo expresamente a entidades Nacional de Salud y los entidades autorizados para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a los dispuesto en el actual la ley 1581 de 2012, he dispuesto hasta que pueda ejercitar y que en consecuencia consiento en dicha disposición, no una aplicación a los bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, control y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por la que en ningún no utilización en disposición en una administración de una sociedad, la cual pueden ser:

3. Que los datos personales suministrados para el actual acopio del cliente diligenciado diligentemente.

4. Que los datos serán tratados para fines comerciales, tales por la cual pueda acceder la siguiente:

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO EDUARDO DE SALUD ZOACHA, identificada con el NIT 900.197.200-4, ubicada en la Calle 11 No. 9A-27 y su operador celular o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, denominada dentro de este contrato por la misma Entidad antes mencionada.

Dentro compromiso:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO EDUARDO DE SALUD ZOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, administrativas mínimas para poder tener la calidad de usuario y consecuentemente que tramitemos los autorizados de prestación de servicios de salud.

B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO EDUARDO DE SALUD ZOACHA y Unidades Prestadoras de Servicios habilitados, son entidades

1. DECLARACIÓN DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Me (nos) encuentro (amos) dentro de una Unidad de Servicios de Salud para los

(Opción obligatoria) El titular no autoriza el uso y tratamiento de sus datos personales por la ESE no prestación de salud y la atención.

La ESE no sigues en sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como: Hospitales de segundo nivel, Centros de salud, el Centro de Salud y la prestación del servicio de salud.

Que la ESE no prestación de servicios de salud y atención de salud y cuidado de la salud, en el momento de ingresar a la Unidad de Servicios de Salud, en el momento de ingresar a la Unidad de Servicios de Salud, en el momento de ingresar a la Unidad de Servicios de

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1045309126** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE.**

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**ESE CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE ARROYO HONDO**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**01/06/2020**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 26 de mayo del 2023. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

mutualser

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1064539926** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**ESE CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE ARROYO HONDO**
Categoria:	**A**
Fecha afiliacion:	**01/06/2020**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE**, el **26** de mayo del 2023. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- **NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS**
- No valido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000118882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA

Director de Operaciones - Contributivo

infocontributivo@mutualser.com

MUTUAL SER EPS

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.045.309.126**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 18 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

porvenir

Solo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.045.309.126**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
de la Hoz	Llerena	Susan Katherin

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1045309126	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 17 MES 05 AÑO 1995

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOLÍVAR

MUNICIPIO ARROYOHONDO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 12 16 49 BARRIO LA PRIMAVERA

PAÍS COLOMBIA DEPTO VICHADA

MUNICIPIO PUERTO CARREÑO

TELÉFONO 0000000 EMAIL sofydelahoz@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2012

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	4	X		ENFERMERIA	11	2019	1045309126

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Libertad y Orden

1. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO de la Hoz	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Llanos	NOMBRES Susan Kattiuris	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1042402124	SEXO F ⊗ M ○	NACIONALIDAD COL ⊗ EXTRANJERO ○	PAIS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 17 MES 05 AÑO 1986		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 12 16 45 BARRIO LA PRIMAVERA	
PAIS COLOMBIA		PAIS COLOMBIA DEPTO VICHADA	
DEPTO BOLÍVAR		MUNICIPIO PUERTO CARREÑO	
MUNICIPIO ARROYOHONDO		TELEFONO 0000000 EMAIL sekyvallafloc@gmail.com	

2. FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 9o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TITULO OBTENIDO	BÁSICA SECUNDARIA
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES 12	AÑO 2012

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TECNICA) TL (TECNOLOGICA) TE (TECNOLOGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACION) MG (MAESTRIA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACION MES	TERMINACION AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
PREGRADO	4	X		ENFERMERIA	11	2018	1040329126

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

NOMBRE DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION MES	TERMINACION AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE SALUD DORADA			PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: VICHADA	MUNICIPIO: PUERTO CARREÑO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS: 3202091896	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	02	Año	2023	Día	28	Mes	02	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL: ENFERMERA,	DEPENDENCIA: AREA DE URGENCIA						DIRECCIÓN: CALLE 18 - CALLE 18 #10 - 43 B. LAPRIMAVERA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			PÚBLICA: X		PRIVADA		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: VICHADA	MUNICIPIO: PUERTO CARREÑO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS: 3202091896	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	01	Año	2023	Día	31	Mes	01	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL: ENFERMERA L5	DEPENDENCIA: AREA DE URGENCIA						DIRECCIÓN: CALLE 18 - 10 43 CALLE 18* 10- 43 B LA PRIMAVERA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			PÚBLICA: X		PRIVADA		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: VICHADA	MUNICIPIO: PUERTO CARREÑO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	12	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL: ENFERMERA L5	DEPENDENCIA: URGECNIAS						DIRECCIÓN					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E			PÚBLICA: X		PRIVADA		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: VICHADA	MUNICIPIO: PUERTO CARREÑO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	11	Año	2022	Día	30	Mes	11	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL: ENFERMERA L5	DEPENDENCIA: AREA DE URGENCIA						DIRECCIÓN					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

1. EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACION DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE SALUD DORADA	PUBLICA	PRIVADA	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO VICHADA	MUNICIPIO PUERTO CARREÑO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
TELEFONOS 3209091956	FECHA DE INGRESO Dia 01 Mes 02 Año 2023		FECHA DE RETIRO Dia 29 Mes 02 Año 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA.	DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA		DIRECCION CALLE 19 - CALLE 16 #10 - 45 B. LAPRIMAVERA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO	PUBLICA X	PRIVADA	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO VICHADA	MUNICIPIO PUERTO CARREÑO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
TELEFONOS 3209091956	FECHA DE INGRESO Dia 01 Mes 01 Año 2023		FECHA DE RETIRO Dia 31 Mes 01 Año 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA LS	DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA		DIRECCION CALLE 19 - 10 #2 CALLE 18# 10- 42 B LA PRIMAVERA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO	PUBLICA X	PRIVADA	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO VICHADA	MUNICIPIO PUERTO CARREÑO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
TELEFONOS	FECHA DE INGRESO Dia 01 Mes 12 Año 2022		FECHA DE RETIRO Dia 31 Mes 12 Año 2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA LS	DEPENDENCIA URGENCIAS		DIRECCION

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E	PUBLICA X	PRIVADA	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO VICHADA	MUNICIPIO PUERTO CARREÑO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
TELEFONOS	FECHA DE INGRESO Dia 01 Mes 11 Año 2022		FECHA DE RETIRO Dia 30 Mes 11 Año 2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA LS	DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA		DIRECCION

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3202091896	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIA					*DIRECCIÓN* CALLE 18 - 10 43 la primavera						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3202091896	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* URGENCIAS ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* AREA URGENCIAS					*DIRECCIÓN* CALLE 18 - #10-43 B/ LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E SAN JUAN DE DIOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5654009	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS					*DIRECCIÓN* CALLE 19 N ª 19 -43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E SAN JUAN DE DIOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5654009	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS					*DIRECCIÓN* CALLE 19 N ª 19 -43 BARRIO LA PRIMAVERA						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO							PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO VICHADA						MUNICIPIO PUERTO CARREÑO									CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELEFONOS 3202091866				FECHA DE INGRESO									FECHA DE RETIRO						
			Día 01	Mes 06	Año 2022					Día 31	Mes 10	Año 2022							
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA LS				DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA						DIRECCION CALLE 16 - 10 43 la piscinera									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO							PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO VICHADA						MUNICIPIO PUERTO CARREÑO									CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELEFONOS 3202091866				FECHA DE INGRESO									FECHA DE RETIRO						
			Día 01	Mes 04	Año 2022					Día 31	Mes 07	Año 2022							
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA LS				DEPENDENCIA URGENCIAS ASISTENCIAL						DIRECCION									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E							PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO VICHADA						MUNICIPIO PUERTO CARREÑO									CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELEFONOS				FECHA DE INGRESO									FECHA DE RETIRO						
			Día 01	Mes 01	Año 2022					Día 31	Mes 09	Año 2022							
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA LS				DEPENDENCIA AREA URGENCIAS						DIRECCION CALLE 16 - #10-43 BI LA PRIMAVERA									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																			
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E SAN JUAN DE DIOS							PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO VICHADA						MUNICIPIO PUERTO CARREÑO									CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELEFONOS 5854009				FECHA DE INGRESO									FECHA DE RETIRO						
			Día 01	Mes 12	Año 2021					Día 31	Mes 12	Año 2021							
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA				DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCION CALLE 19 N.° 19 -43 BARRIO LA PRIMAVERA									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																			
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E SAN JUAN DE DIOS							PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO VICHADA						MUNICIPIO PUERTO CARREÑO									CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELEFONOS 5854009				FECHA DE INGRESO									FECHA DE RETIRO						
			Día 01	Mes 11	Año 2021					Día 30	Mes 11	Año 2021							
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA				DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCION CALLE 19 N.° 19 -43 BARRIO LA PRIMAVERA									

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	01	Mes	08	Año 2021	Día	31	Mes	10	Año	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 barrio la primavera						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	01	Mes	07	Año 2021	Día	31	Mes	07	Año	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 barrio la primavera						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E.SAN JUAN DE DIOS			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	01	Mes	05	Año 2021	Día	30	Mes	06	Año	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN CALLE 19 N 19 43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	01	Mes	01	Año 2021	Día	30	Mes	04	Año	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 B LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3134554357	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	07	Mes	12	Año 2020	Día	31	Mes	12	Año	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 B. PRIMAVERA						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | |

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE										
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
	Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO				DIRECCIÓN					

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	2

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Soacha. 30 mayo 2023

Susan Delatoz Llerena.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4. EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE				
INSTITUCIÓN EDUCATIVA	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
	Día: Mes: Año:		Día: Mes: Año:	
ÁREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO		DIRECCIÓN	

5. TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	7	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	2

6. FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL. PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá 30 marzo 2023

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000177 PÁGINA WEB: www.funcion.wsdl.gov.co

GOBIERNO DE COLOMBIA

FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA PERSONA NATURAL (LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA

IDENTIFICADO CON: C.C.X C.E. T.I. N° 1.045.309.126 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	BOLIVAR	Municipio	ARROYOHONDO
Dirección	SANTA ANA CAMPESTRE CASA 71			Teléfonos	3202091896

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
DIANA LLERENA RODRIGUEZ	104.630.617	MADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	36.000.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 36.000.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BBVA	AHORROS	130735000 200285000	PUERTO CARREÑO	$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
MOTO	BQL68E	$ 4.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
N/A	N/A	N/A

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
N/A	N/A

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
N/A	N/A

c)En la actualidad: **SI** **NO X** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
N/A	C.C. C.E. T.I.	N/A

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
N/A	N/A

3. FIRMA

Susan De la Hoz L.

SUSAN DE LA HOZ LLERENA
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

30-05-2023 SOACHA
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_13
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 22 de 05 de 2023

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Susan De La Hoz Llerena, identificado(a) con cedula No. 1045309126

de Arroyohondo Bolívar, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Enfermera jefe, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si (x) no ( ) acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

_____

_____

_____

_____

Atentamente,

Susan De la Hoz Ll.

SUSAN KHTERIN DE LA HOZ LLERENA

_____

C.C. 1045309126

	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CODIGO: TH_FTO_13
		VERSIÓN: 00
		VIGENCIA: 05/07/2022

Soacha, 22 de 05 de 2023

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Susan De La Hoz Llerena, identificado(a) con cedula No. 1045309126

de Arroyohondo Bolivar, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Enfermera jefe, manifiesto haber recibido la intromación correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si (x) no ( ) acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

Atentamente,

SUSAN KHTERIN DE LA HOZ LLERENA

C.C. 1045309126

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INDEMNIDAD		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_02
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 22 de 05 de 2023

Señores,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
E. S. M.

Yo Susan De la hoz Llerena, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. _ de 1045309126, por medio del presente documento me permito manifestar que:

PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: **a)** La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, b) Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), **c)** Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, **d)** Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SEPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,

Susan De la Hoz Ll.

Susan De la Hoz Llerena
C.C. No. 1045309126 de Arroyo hondo Bolívar

REGIÓN DE SALUD SOACHA	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	FORMATO DE INDEMNIDAD
		CÓDIGO: JUR-FTO-02
		VERSIÓN: 00
		VIGENCIA: 05/07/2022

Soacha, 22 de **05** de **2023**

Señores,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA
E. S. M.

Yo Susan De la hoz Lleresa, identificado (a) con Cedula de ciudadania No. 1045309126. por medio del presente documento me permito manifestar que:

PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: **a)** La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, **b)** Este suscrito por las partes (gerente y Contratista). c) Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, **d)** Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SEPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,

Susan De la Hoz Lleresa

C.C. No. 1045309126 de Arroyo hondo Bolivar

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha 22 – 05 - 2023

Señores:

UNIVERSIDAD SIMON BOLIBAR

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo Susan de la Hoz Llerena en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del Articulo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento ,previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento".

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

ENFERMERA
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Susan De la Hoz LL.

Firma : SUSAN DE LA HOZ LLERENA

N°Documento: 1045309126

Tarjeta Profesional N°: 1045309126

Dirección de contacto: Ana campestre casa 72

Teléfono: 3202091896

	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO: TH-FTO-31
		VERSIÓN: 00
		VIGENCIA: 5/07/2022

Soacha 22 - 05 - 2023

Señores:

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos

Yo Sugan de la Hoz Lierena en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del Artículo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de Libertad "el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que relieve el consentimiento".

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

ENFERMERA
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente:

Firma : SUSAN DE LA HOZ LIERENA

N°Documento. 1045390126

Tarjeta Profesional N°: 1045390126

Dirección de contacto: Ana campesure casa 72

Teléfono: 3203091896

La copia o reproducción no controlada de este documento por cualquier medio ocasionará copias obsoletas. El único control válido es el que se encuentra en el Sistema de Gestión de la Calidad de la Empresa Social del Estado. Toda copia debe ser validada por el proceso de Gestión Documental

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

ARL AXA COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Susan Katherin De La Hoz Llerena

N.º Documento: 1054309126

Fecha de Nacimiento: 17 de Mayo de 1995

Dirección: Santa Ana Campestre casa 71 fusagasuga

Teléfono. Fijo – Celular: 3202091896

E-mail: sofydelahoz@gmail.com

EPS: Mutual SER

AFP: Porvenir

Firma Contratista: Susan De la Hoz LL. SUSAN KHATERIN DE LA HOZ LLERENA

.....

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Fecha Inicio: _____

Fecha Finalización: _____

Valor mensual: _____

Valor Total: _____

VoBo Área Contratación: _____

.....

DATOS AFILIACION:

Fecha: _____ Hora: _____

Firma responsable Afiliación: _____

.....

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación.

	PROCESO: Gerencia del talento humano	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL
		CÓDIGO: SSO_FTO_01
		VERSIÓN: 00
		VIGENCIA: 05/07/2022

ARL AXA COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Susan Katherin De La Hoz Llerena

N.° Documento: 1054390126

Fecha de Nacimiento: 17 de Mayo de 1995

Dirección: Santa Ana Campestre casa 71 Barranquilla

Teléfono. Fijo – Celular: 3202091896

E-mail: solydelahoz@gmail.com

EPS: Mutual SER

AFP: Porvenir

Firma Contratista: SUSAN KHATERIN DE LA HOZ LLERENA

.....

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Fecha Inicio:

Fecha Finalización:

Valor mensual:

Valor Total:

VoBo Área Contratación:

.....

DATOS AFILIACION:

Fecha: Hora:

Firma responsable Afiliación:

.....

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Puerto de Salud Barranquilla
evite copias de este documento ya que podría ser una versión desactualizada

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el personal relacionado a continuación pertenece a la empresa HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S E como trabajador independiente con número de afiliación 215221 y con número de NIT 800,006,850, está afiliado a LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE AXA COLPATRIA para el cubrimiento de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad laboral, según se describe a continuación:

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Fecha deTerminacion del Contrato
SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA	C.C.	1,045,309,126	02/06/2023	30/09/2023

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el Thursday June 1 2023 a las 10:07:30 AM

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el personal relacionado a continuación pertenece a la empresa HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E.S.E. como trabajador dependiente con número de afiliación 215227 y con número de NIT 800.030.850 está afiliado a LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE AXA COLPATRIA para el cubrimiento de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad laboral, según se describe a continuación:



Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTAÑA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expidió a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el Thursday June 1 2023 a las 10:27:30 AM

Cualquier información adicional que requiera en sitio el particular, puede solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-612810 o en Bogotá 4259127.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS DE LA ESE REGIÓN DE SALUD SOACHA

Yo, Susan De La Hoz Llerena , identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1045309126, expedida en Arroyohondo Bolívar, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial**.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad**:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista**.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

	PROCESO: Gerencia del talento humano, Juridica	CODIGO: JUR_FTO_20
		VERSION: 00
		VIGENCIA: 30/7/2022

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS DE LA ESE REGIÓN DE SALUD SOACHA

Yo, Susan De La Hoz Llerena, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1045509126, expedida en Arroyohondo Bolivar, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial. La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, bálese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad: El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**. **CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista. Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, capturar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

La última versión de cada documento será la única valida para su utilización y estará disponible en el Portal Intranet de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos. La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:** Utilización de la información**:** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SEPTIMA:** Contraseña**:** La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA:** Traspaso de información**.** Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA**: Bloqueo**.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMÁ:** Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:CONTRATISTAS

los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos. La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:** Utilización de la información: Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** me obligo a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SEPTIMA:** Contraseña: La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procuraré su custodia para que esta no pueda ser registrada o grabada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA:** Traspaso de información. Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá entrar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA:** Bloqueo. Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMÁ:** Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DECIMÁ PRIMERA:** Verificación de la confidencialidad y uso de la información. La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DECIMÁ SEGUNDA:** Sanciones. La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DECIMÁ TERCERA:** Vigencia. El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

ITEM	DESCRIPCION	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	X
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DECIMA PRIMERA:** Verificación de la confidencialidad y uso de la información. La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA:** Sanciones. La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DECIMA TERCERA:** Vigencia. El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato

APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA

ITEM	DESCRIPCION	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACION: • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES,	X
3	FICHAS DE NOTIFICACION EPIDEMIOLOGICAS	X
4	HISTORIAS CLINICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:CONTRATISTAS**		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Para constancia se firma en Soacha, a los 22-05-2023

Susan De la Hoz LL.



SUSAN KHATERIN DE LA HOZ LLERENA

Firma y huella

3202091896

Celular No.

Sofydelahoz@gmail.com

Correo institucional

		COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:CONTRATISTAS
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CODIGO: JUR_FTO_20
		VERSION: 00
		VIGENCIA: 5/07/2022

Para constancia se firma en Soacha, a los 22-05-2023

SUSAN KHATERIN DE LA HOZ LLERENA

Firma y huella

3202091896

Celular No.

Sotydelahoz@gmail.com

Correo Institucional

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
MEDELLIN	MEDELLIN	ANEXO DE RENOVACION	65-03-101047852	2

TOMADOR **SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA** CC **1.045.309.126**

DIRECCION **CR 12 NRO. 16 - 49** CIUDAD **PUERTO CARRE¥O, VICHADA** TELEFONO **3202091896**

ASEGURADO **SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA** CC **1.045.309.126**

DIRECCION **CR 12 NRO. 16 - 49** CIUDAD **PUERTO CARRE¥O, VICHADA** TELEFONO **3202091896**

BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS** NIT **0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
25 / 11 / 2022	27 / 11 / 2022	27 / 11 / 2023	27 / 11 / 2022	27 / 11 / 2023

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
SANIN ALIANZA LTDA	133456	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		**$ 100,000,000.00**		
	ERRORES U OMISIONES	**$ 100,000,000.00**		

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******100,000,000.00	PRIMA:	$ **********70,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********13,300.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********83,300.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 53 NO 45-45 OFICINA 1006, TELÉFONO 3695060 - MEDELLIN

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11012617580182(3900)000000083300(96)20230111

REFERENCIA PAGO:
1101261758018-2

65-03-101047852

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

DLG133456C

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	PÓLIZA No.	ANEXO No.
MEDELLIN	MEDELLIN	ANEXO DE RENOVACION	08-03-101047852	2

TOMADOR	SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA		CC	1.045.309.120
DIRECCION	CR 12 NRO. 16 - 49	CIUDAD PUERTO CARRENO, VICHADA	TELEFONO	3202091896
ASEGURADO	SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA		CC	1.045.309.120
DIRECCION	CR 12 NRO. 16 - 49	CIUDAD PUERTO CARRENO, VICHADA	TELEFONO	3202091896
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (GMT-5)	HASTA LAS 24 HORAS (GMT-5)	DESDE LAS 24 HORAS (GMT-5)	HASTA LAS 24 HORAS (GMT-5)
25 / 11 / 2022	27 / 11 / 2022	27 / 11 / 2023	27 / 11 / 2022	27 / 11 / 2023

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
CANIN ALIANZA LTDA	13456	100.00

COMPAÑIA	CODASEGURO CEDIDO	% PARTICIPACION

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL

DESCRIPCION	AMPARO	SUMA ASEGURADA	% IVAVAR	DEDUCIBLE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 100,000,000.00		
RAMOS C CRISTOBERA		$ 100,000,000.00		

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 1.00 SMDV en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEG. PAGA		PRIMA	$ ********70,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA	$ ********13,300.00
		TOTAL A PAGAR	$ ********83,300.00

TERMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CODIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERA A SEGUIR ESTIPULADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE ANOTACION DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARATULA DE LA PRESENTE POLIZA.

TERMINACION AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON POSTERIORIDAD EN LA POLIZA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y PARA DISPONER AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS, CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES, LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 33 NO 6E-49 ORICHIA 1000, TELEFONO 3030303 - MEDELLIN

HACER PARTE DE LA PRESENTE POLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 2507.2022.1182.P.Medellin.000000.30.nnAA 3002 ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA POLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

REFERENCIA PAGO: 1161207158019-2

08-03-101047852

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

Oficina Principal: CALLE 33 NO 13-19 Telefono 601-3307777 601-3010300

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	06 03 2021	Pfizer	GNM4C5	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS P. CARREÑO VACUNACIÓN	Yumile Alvarez	41251054
	2	29 03 2021	Pfizer	EF1742		wilzon mato	8605 9818
IRF	22-8-22 cita 24-Dic-22.		Janssen	202Q414		Beryldav	4979820

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	27-10-01	Sanofi 2 MMR05	
Toxoide Tetánico Diftérica Td	1	29-08-14		
	2	01-09-14		
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	23-04-14	UVA396	
	2	26-01-14	UVE376/15	
	3	28-08-14	UVE381	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	U	23-04-14	Sanofi R1108-1	
Contra Influenza	U	12-09-14	V5326	
VPH Virus de Papiloma Humano	U	23-06-14	013M1014	
Meningococo	1	23-04-14	4001	
Meningococo	2	26-06-14	4001	

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación a Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Susan
Apellidos:	Delatriz Llerena
Documento de identidad:	C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No.
Fecha de Nacimiento:	Día 17 Mes 05 Año 1995



Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Susan Kathesin

Apellidos: De la Hoz Herrera

Documento de identidad: CC ✓ TI Pasaporte No

Fecha de nacimiento: Día 17 Mes 05 Año 1995

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Hepatitis A	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
Influenza	1			
	2			
Neumococica PC	1			
	2			
Neumococica Conj.	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Tetano	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Varicela	1			
	2			
Fiebre Amarilla	1			
	2			
Sarampion Rubeola	1			

Escaneado con CamScanner

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos

Certificado de vacunación del adulto

Nombre Sean Kathryn

Apellidos De la Hoz Flórez

Documento de identidad [illegible]

Fecha de nacimiento [illegible]

Escaneado con CamScanner

GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.
901.120.583-5

IPS SERVIR

Certificado de Aptitud Laboral
INGRESO
SALUD



Fecha: 29/May/2023, **Hora:** 01:20:22 p.m.
Apellido: DE LA HOZ LLERENA **Nombre:** SUSAN KATHERIN
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1045309126
Empresa: Particular
Cargo: ENFERMERA JEFE
Direccion: CIUDAD VERDE
Telefono: **Celular:** 3202091896 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Soacha- cundinamarca

HC: # 54956
Edad: 28 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 17/May/1995
Rh: O+

Examenes Realizados
Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria

Concepto
Apto para el cargo

Recomendaciones
Uso de Elementos de Proteccion Personal
Higiene Postural
Pausas Activas
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*SE SUGIERE PROTECCIÓN DE ACUERDO A SU ACTIVIDAD Y A LA IMPLEMENTADA POR LA EMPRESA. CONTROL DE OPTOMETRIA EN 1 AÑO.
*REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA.
*MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones
*PACIENTE QUE A LA FECHA NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**

Tatiana Martin
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M 8526/2015
LIC.S.O. 3594/2016

LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA
CC 1045309126

Huella Digital

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha
Tel.: 900 21 46
Cel: 312 511 87 55
E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com
comercial@servirips.com

Certificado de Aptitud Laboral

EXCELENTE

SALUD



Fecha: 29/May/2023, Hora: 01:20:22 pm
Apellidos: DE LA HOZ LEDESMA
Tipo Doc: CC
Empresa: Particular
Cargo: INFERMERA JEFE
Dirección: CIUDAD / BARR
Teléfono: Celular: 3202019496 Email: Estado Civil: Soltero
Ciudad: Sogrilla- cundinamarca

Nombre: SUSANA HOZ LEDESMA
No Identificación: 1065570726

Edad: 24 años
Sexo: Femenino
Vivienda: Propia
Hijos: 0

Examen Medico Ocupacional: Basico, Osteomuscular, Visiometria

Apto para el cargo

Uso de Elementos de Protección Personal

Higiene Postural

Pausas Activas

Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROFE

*SE SUGIERE PROTECCION DE ACUERDO A SU ACTIVID

CERTIFICACION EN TRABAJO

*REALIZAR ACTIVIDAD FISICA A DIARIAMENTE 30 MIN TRES

*MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE

*COMPARTIR RECOMENDACIONES SOBRE ACONDICIONAMIENTO

SEGUIR ADHERENCIA EN EL TRABAJO

*PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD NO PRESENTA SOMNOLENCIA

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emitida del [illegible] de protección social, los exámenes aquí descritos son [illegible] este documento, presta su consentimiento para someterse a [illegible] médicas y paraclínicos necesarios para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo y [illegible] asignado y reportado al momento de la valoración médica ocupacional. La disposición del personal asistente encargado de la vigilancia de salud de su empresa [illegible] la entrega oportuna del resultado de este certificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto [illegible] por cualquier duda se encuentra a disposición de nuestro [illegible] AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO.

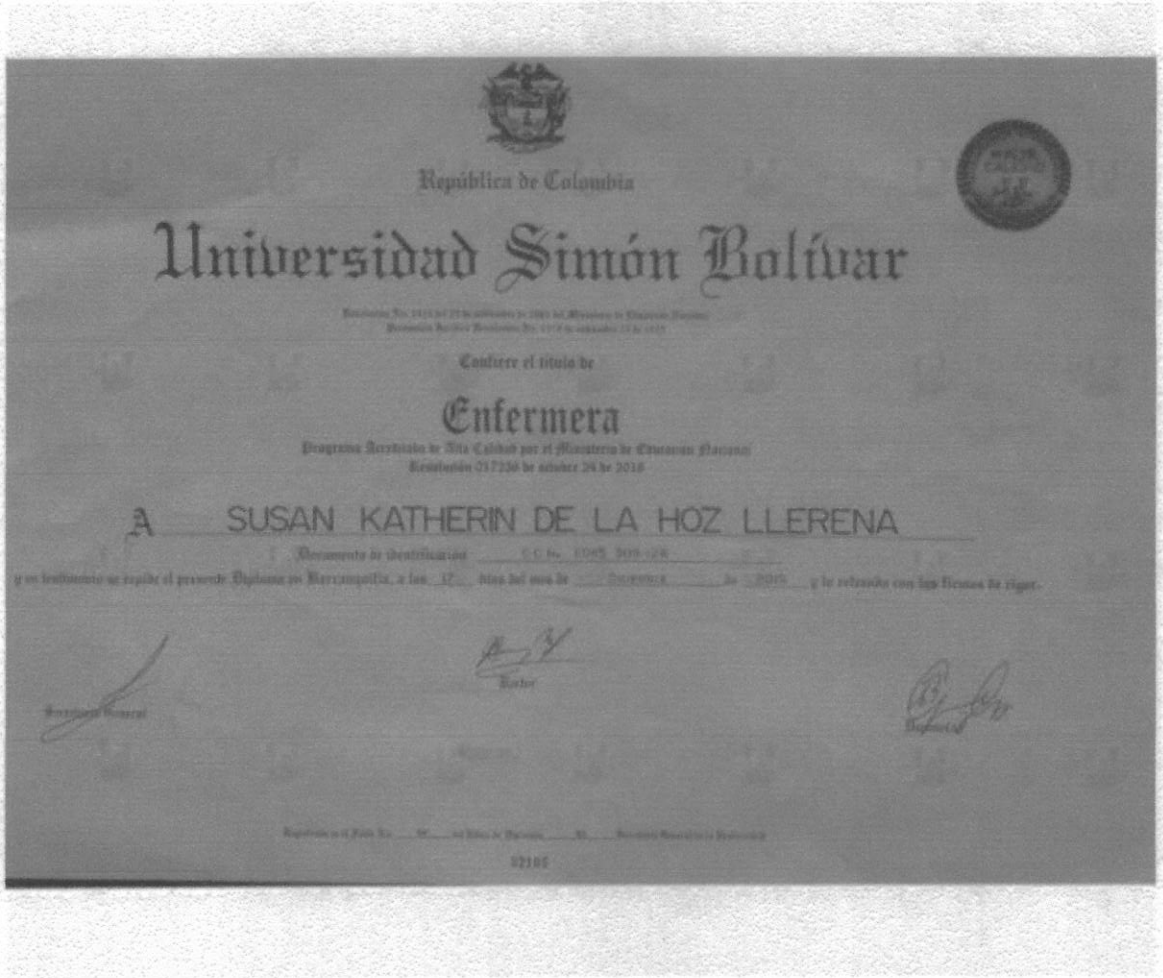
LADY MARTIN
MEDICO ESPECIALISTA S.O
Lic. de S.O# 3329462016
Registro R: 8520/2015

SUSANA KATHERINE DE LA HOZ LEDESMA
CC 1065570726

Hospital
DIGITAL

Cra. 9 No. 12 - 44 Sogrilla
Tel.: 500 27 46
Cel: 312 571 82 55
E-mail: grupoempresarialservivir@gmail.com
comercial@servivirips.com

SUSAN KATHERI DE LA HOZ LLERENA
C.C 1045309126 de ARROYOHONDO BOLIVAR
Teléfono: 3202091896
sofydelahoz@gmail.com



República de Colombia

Universidad Simón Bolívar

Confiere el título de

Enfermera

A SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA

02105

SUSAN KATHERI DE LA HOZ LLERENA
C.C 1045309126 de ARROYOHONDO BOLIVAR
Teléfono: 3202091896
sofydelahoz@gmail.com

SUSAN KATHERI DE LA HOZ LLERENA
C.C 1045309126 de ARROYOHONDO BOLIVAR
Teléfono: 3202091896
sofydelahoz@gmail.com

39792

ACTA DE GRADO AG-94-345

En Barranquilla, Departamento del Atlántico, República de Colombia, a los diecisiete (17) días del mes de diciembre del año 2019, se efectuó la ceremonia de graduación de:

DE LA HOZ LLERENA SUSAN KATHERIN
*Documento de identificación N° **1045309126***

Quien ha cumplido los requisitos legales y académicos establecidos para recibir el título.

La ceremonia de grado fue presidida por el Sr. Rector, doctor José Consuegra Bolívar, en ausencia del Decano de la Facultad y actuó como Secretaria General la Ingeniera Rosario García González.

*Habiéndose tomado el juramento de rigor por parte del Sr. Rector, se le hizo entrega del diploma correspondiente identificado con el número **32105**, que le acredita como:*

ENFERMERA

Para constancia se extiende y firma la presente acta.

Firmado, Doctor José Consuegra Bolívar, Rector; José Rafael Consuegra Machado, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud; y Rosario García González, Secretaria General.

Es fiel copia tomado del acta original de la ceremonia de grados AG-94, en la portuense. Registrado en el folio No.94, del libro de diplomas No.92, de la Secretaría General de la Universidad.

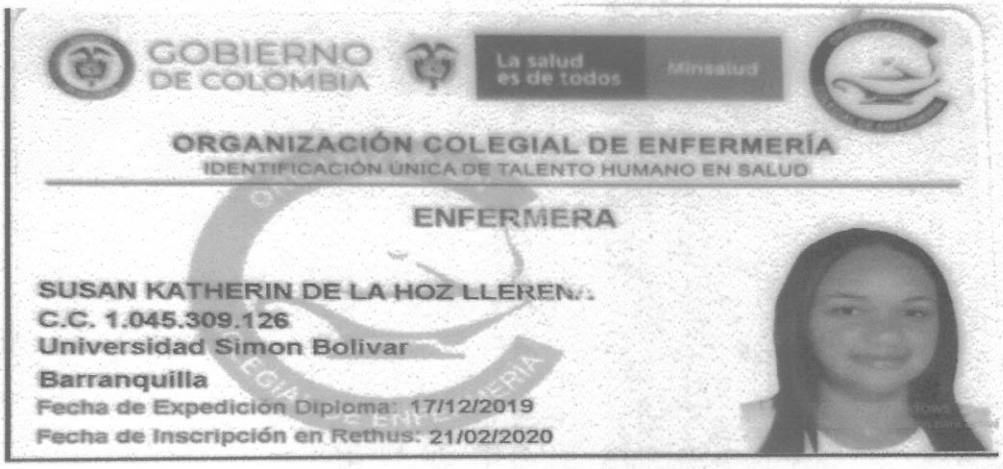
Dado en la Universidad Simón Bolívar, a los diecisiete (17) días del mes de diciembre de 2019.

ROSARIO GARCÍA GONZÁLEZ
Secretaria General

Barranquilla, diciembre 17 de 2019

SUSAN KATHERI DE LA HOZ LLERENA
C.C 1045309126 de ARROYOHONDO BOLIVAR
Teléfono: 3202091896
sofydelallroz@gmail.com

SUSAN KATHERI DE LA HOZ LLERENA
C.C 1045309126 de ARROYOHONDO BOLIVAR
Teléfono: 3202091896
sofydelahoz@gmail.com



GOBIERNO DE COLOMBIA

La salud es de todos Minsalud

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLEREN.
C.C. 1.045.309.126
Universidad Simon Bolivar
Barranquilla
Fecha de Expedición Diploma: 17/12/2019
Fecha de Inscripción en Rethus: 21/02/2020

SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA
C.C 1045309126 de ARROYOHONDO BOLIVAR
Teléfono: 3202091896
sofydelahoz@gmail.com

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

Ingresar | Registrarse | Ayuda

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadania	1045309126	susan	de la hoz

Confirme los números de la Imagen *

3898

Cambiar

6782

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-05-18--7:54:42 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1045309126	SUSAN	KATHERIN	DE LA HOZ	LLERENA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA identificado(a) con CC 1045309126 registra La siguiente información:

2023-05-18--7:54:42 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2020-02-21	1045309126	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RETHUS

A continuación diligencie la identificación y nombre y apellido de la persona a registrar en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud

Tipo de identificación * | Número de identificación * | Primer nombre | Primer Apellido

Confirme los números de la imagen *

Cancelar

Buscar

Buscar más Opciones | Limpiar

Buscar más Opciones -2023-05-12 7:34:43 AM

CC	1048309126	SUSAN	KATHERIN	DE LA HOZ	LUFRENO	Vigente		Ver

De conformidad con los artículos 190 y 192 del Decreto-Ley 2150 de 2019, me han revocado los datos de clase del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se consulta uno or (la) señor(a) SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LUFRENO identificado(a) con CC 1048309126 cedula la «siguiente información»:

Información Académica

2023-05-12 7:34:43 AM

UNV	Local	ENFERMERIA	2010-02-17	1048309126	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SGD

Expedido del SGD	Local	COLOMBIA/NO APLICA	1990-04-01	1990-04-01	Sin Modalidad	Soltero/a	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Información disponible se encuentra en proceso de publicación de conformidad con lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento Humano en salud puede adelantar alguna Prestación o atención, del área de la salud, presentando los documentos que acreditan el cumplimiento de los requisitos, que se encontraban vigentes (Inscripción no suspendida ni cancelada en el territorio nacional, expedido por ente Ministerio o por una Secretaría de Salud, y tenga la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS).

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57 (1) 3305045 Resto del país: 018000965050
Horarios de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua
Políticas de privacidad y medidas PQRSD
Política de seguridad
Términos y condiciones de uso

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

SUSAN DE LA HOZ LLERENA

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.045.309.126

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 9 DÍAS DEL MES DE MARZO DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500

Powered by CamScanner

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

SUSAN DE LA HOZ LLERENA

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.045.309.129

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON ÁCIDOS (ACS)

Con una Intensidad Horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO SE EXPIDE EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 29 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2023

Carlos Andrés Mendoza Ortiz
DIRECTOR GENERAL

Dr. Mario Alberto Ruiz Ramírez
DIRECTOR ESTRATEGIA Y CALIDAD

Powered by Canva

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

SUSAN DE LA HOZ LLERENA

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.045.309.126

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 8 DÍAS DEL MES DE MARZO DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 370 DEL 2022 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS SALUD

NIT 901.513.529-4

Le damos que:

SUSAN DE LA HOZ LLERENA

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.045.709.126

Asistió al Curso de:

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)

Carlos Andrés Martínez Bermúdez
DIRECTOR GENERAL

Carlos Andrés Martínez Bermúdez
DIRECTOR GENERAL

Powered by Canva

CERTIFICADO de APROVECHAMIENTO

Hace constar que

SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA

ha completado el curso

MANEJO DEL DUELO

27 abril 2023

EVALUACION DEL CURSO Calificación: 90.00 %

Horas de crédito: 40 Horas

E.S.E
Hospital San Rafael de Fusagasugá
II NIVEL
"Hospital humano, hospital comprometido"

CERTIFICADO de APROVECHAMIENTO

Hace constar que

SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA

ha completado el curso

MANEJO DEL DUELO

27 abril 2023

EVALUACIÓN DEL CURSO CERTIFICADO: aprobado: 90.00 %

Horas de crédito: 40 Horas

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

SUSAN KATHERI DE LA HOZ LLERENA

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: mayo 28, 2023

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
RED DE SALUD DE ANCHA

CERTIFICA QUE:

SUSANA KATHERIN DE LA HOZ LLERENA

Identificado(a) con

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Fecha de Finalización: mayo 27 de 2022

ANCHA
REGIÓN DE SALUD

GERENTE
DRA. ALEXANDRA GONZALEZ MORENO

CAPACITADOR
ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Susan Katherin De La Hoz Llerena

CC 1045309126 de Arroyohondo Bolívar

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-01-27
Fecha de vencimiento: 2025-01-27

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Escaneado con CamScanner
Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN NACIONAL
ESCUELA DE LA ARMADA
NIT 901322321-1

Aprobado por Decreto No. 1075 del 26/05/2015 Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica Haber Llevado Con Éxito El Curso

Virtual Bolívar

CC 1047309126 de Arroyohondo

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico BCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-01-27
Fecha de vencimiento: 2025-01-27

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3202

ROSA GUZMAN
Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

Docente

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

SUSAN DE LA HOZ LLERENA

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.045.309.126

Asistió al Curso de:

TOMA CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO (TML)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 10 DÍAS DEL MES DE MARZO DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 370 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.573.529-4

SUSAN DE LA HOZ LLERENA

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.045.509.126

Asistió al Curso de:

TOMA CONSERVADORA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO (mini)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

CARLOS ANDRÉS [illegible]
DIRECTOR ACADÉMICO

[illegible]
DIRECTOR PROGRAMA

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Susan Katherin De La Hoz Llerena

CC 1045309126 de Arroyohondo Bolívar

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-01-30
Fecha de vencimiento: 2025-01-30

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Escaneado con CamScanner
Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE CUNDINAMARCA

NIT 901302322-1

Aprobado por Decreto No. 1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Suzan Katherin Lleras Bolívar

CC 1045309126 de Arroyohondo Bolívar.

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-01-30
Fecha de vencimiento: 2025-01-30

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Entrenamiento
C.C. 3208
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa
Docente Especialista

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS DE LA E.S.E

CERTIFICA QUE:

Revisando los libros radicadores del área de contratación y el respectivo expediente contractual se pudo constatar que **SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA,** identificada con la cédula de ciudadanía **N°1045309126** suscribió con la E.S.E Hospital Departamental San Juan de Dios de Puerto Carreño-Vichada, los siguientes contratos:

Objeto del Contrato: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO JEFE PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E**

Año 2023

- Contrato de Prestación de Servicios No. **14** del 1 de enero
  Ejecución del contrato: desde el 1 al 31 de enero

- Contrato de Prestación de Servicios No. **422** del 5 de febrero
  Ejecución del contrato: desde el 5 al 28 de febrero

Año 2022

- Contrato de Prestación de Servicios No. **168** del 1 de enero
  Ejecución del contrato: desde el 1 de enero al 31 de marzo

- Contrato de Prestación de Servicios No. **688** del 1 de mes de abril
  Ejecución del contrato: desde el 1 de abril al 31 de Julio
  1 mes de Adición al contrato: desde el 01 al 31 de agosto

- Contrato de Prestación de Servicios No. **1216** del 2 de septiembre
  Ejecución del contrato: desde el 2 de septiembre al 31 de octubre

- Contrato de Prestación de Servicios No. **1712** del 2 de noviembre
  Ejecución del contrato: desde el 2 al 30 de noviembre

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN JUAN DE DIOS E.S.E
Puerto Carreño - Vichada

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS DE LA E.S.E

CERTIFICA QUE:

Revisando los libros radicadores del área de contratación y el respectivo expediente contractual se pudo constatar que **SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA**, identificada con la cédula de ciudadanía **N°1064539126** suscribió con la E.S.E Hospital Departamental San Juan de Dios de Puerto Carreño-Vichada, los siguientes contratos:

Objeto del Contrato: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO JEFE PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E**

Año 2023

- Contrato de Prestación de Servicios No. **14** del 1 de enero
  Ejecución del contrato: desde el 1 al 31 de enero

- Contrato de Prestación de Servicios No. **422** del 5 de febrero
  Ejecución del contrato: desde el 5 al 28 de febrero

Año 2022

- Contrato de Prestación de Servicios No. **168** del 1 de enero
  Ejecución del contrato: desde el 1 de enero al 31 de marzo

- Contrato de Prestación de Servicios No. **888** del 1 de mes de abril
  Ejecución del contrato: desde el 1 de abril al 31 de Julio
  1 mes de **Adición al contrato:** desde el 01 al 31 de agosto

- Contrato de Prestación de Servicios No. **1216** del 2 de septiembre
  Ejecución del contrato: desde el 2 de septiembre al 31 de octubre

- Contrato **de** Prestación de Servicios No. **1712** del 2 de noviembre
  Ejecución del contrato: desde el 2 al 30 de noviembre

- Contrato de Prestación de Servicios No. **2088** del 2 de noviembre
  Ejecución del contrato: desde el 2 al 31 de diciembre

Año 2021

- Contrato de Prestación de Servicios No. **26** del 1 de enero
  Ejecución del contrato: desde el 1 de enero al 30 de abril

- Contrato de Prestación de Servicios No. **336** del 1 de mayo
  Ejecución del contrato: desde el 1 de mayo al 30 de junio

- Contrato de Prestación de Servicios No. **834** del 1 de julio
  Ejecución del contrato: desde el 1 al 31 de julio

- Contrato de Prestación de Servicios No. **1222** del 1 agosto
  Ejecución del contrato: desde el 1 de agosto al 30 de septiembre

- Contrato de Prestación de Servicios No. **1699** del 1 de octubre
  Ejecución del contrato: desde el 1 de octubre al 30 de noviembre

- Contrato de Prestación de Servicios No. **2014** del 1 de diciembre
  Ejecución del contrato: desde el 1 al 31 de diciembre

Año 2020

- Contrato de Prestación de Servicios No. **1632** del 3 de mayo
  Ejecución del contrato: desde el 9 al 31 de diciembre

Que en cumplimiento del objeto de los contratos antes relacionados: **SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA,** cumplió las siguientes actividades específicas:

1. Ejecutar tratamientos de enfermería de mayor responsabilidad a pacientes críticos, personas, familias y grupos de la comunidad.
2. Ejercer control sobre la aplicación de métodos y procedimientos de enfermería a los usuarios.

- Contrato de Prestación de Servicios No. **2088** del 2 de noviembre
  Ejecución del contrato: desde el 2 al 31 de diciembre

Año 2021

- Contrato de Prestación de Servicios No. **26** del 1 de enero
  Ejecución del contrato: desde el 1 de enero al 30 de abril

- Contrato de Prestación de Servicios No. **336** del 1 de mayo
  Ejecución del contrato: desde el 1 de mayo al 30 de junio

- Contrato de Prestación de Servicios No. **834** del 1 de julio
  Ejecución del contrato: desde el 1 al 31 de julio

- Contrato de Prestación de Servicios No. **1222** del 1 agosto
  Ejecución del contrato: desde el 1 de agosto al 30 de septiembre

- Contrato de Prestación de Servicios No. **1699** del 1 de octubre
  Ejecución del contrato: desde el 1 de octubre al 30 de noviembre

- Contrato de Prestación de Servicios No. **2014** del 1 de diciembre
  Ejecución del contrato: desde el 1 al 31 de diciembre

Año 2020

- Contrato de Prestación de Servicios No. **1632** del 3 de mayo
  Ejecución del contrato: desde el 9 al 31 de diciembre

Que en cumplimiento del objeto de los contratos antes relacionados: **SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA,** cumplió las siguientes actividades específicas:

1. Ejecutar tratamientos de enfermería de mayor responsabilidad a pacientes críticos, personas, familias y grupos de la comunidad.
2. Ejercer control sobre la aplicación de métodos y procedimientos de enfermería a los usuarios.

3. Revisar historias clínicas e instrucciones médicas en el servicio de hospitalización o ambulatorias a su cargo.
4. Presentar oportunamente al médico de turno las situaciones de emergencia y riesgos que se presenten en el área.
5. Coordinar las actividades y acciones de las áreas, en asocio con las demas Enfermeras jefes y personal medico, el personal auxiliar y el que cumple el Servicio Social Obligatorio.
6. Recibir y entregar el turno junto con los demás integrantes del equipo de enfermería en forma presencial, haciéndole conocer la situación de los pacientes y aquellas que quedan pendientes de realizar
7. Coordinar y elaborar el cuadro de turnos, el cronograma de actividades y tareas del personal a su cargo.
8. Realizar apoyo asistencial al personal medico que así lo requiera.
9. Coordinar y orientar en procedimientos y acciones a las auxiliares de enfermeria.
10. Participar en la evaluación del desempeño del personal auxiliar a su cargo.
11. Realizar supervisión de contratos de personal a su cargo
12. Capacitar al personal de auxiliares a su cargo para que ofrezcan servicios con alto sentido social y con calidad.
13. Realizar la evaluación y actualización permanente de los protocolos de enfermería.
14. Cumplir con los turnos de servicio de acuerdo a la programación establecida y a las necesidades del servicio.
15. Controlar el uso adecuado de los suministros, vacunas, medicamentos y demás insumos utilizados.
16. Verificar de manera permanente el estado de las instalaciones, utensilios y equipos del área de servicios asistenciales, para garantizar su disponibilidad en las condiciones óptimas necesarias para ofrecer servicios con calidad.
17. Realizar los procedimientos de enfermería de mayor complejidad que según las guías manejo deben ser realizados por personal idóneo de enfermería.
18. Garantizar la ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE que se beneficia de los servicios de la institución.
19. Prestar y ser garante un trato humanizado a cada paciente.
20. Participar en la socialización de guías de manejo y protocolos de atención
21. Registrar y enviar prtunamente los indicadores de desempeño, eventos adversos.
22. Velar por el cumpliniento de las normas de bioseguridad por parte dle personal de enfermería.
23. Vigilar labores de mantenimiento, aseo, asepsia del área de desempeño.
24. Garantizar el cumplimiento de la administración de medicamentos cumpliendo lo estipulado en "Los 10 Correctos".

3. Revisar historias clínicas e instrucciones médicas en el servicio de hospitalización o ambulatorias a su cargo
4. Presentar oportunamente al médico de turno las situaciones de emergencia y riesgos que se presenten en el área
5. Coordinar las actividades y acciones de las áreas, en asocio con las demas Enfermeras jefes y personal medico, el personal auxiliar y el que cumple el Servicio Social Obligatorio.
6. Recibir y entregar el turno junto con los demas integrantes del equipo de enfermería en forma presencial, haciendole conocer la situación de los pacientes y aquellas que quedan pendientes de realizar.
7. Coordinar y elaborar el cuadro de turnos, el cronograma de actividades y tareas del personal a su cargo
8. Realizar apoyo asistencial al personal medico que asi lo requiera
9. Coordinar y orientar en procedimientos y acciones a las auxiliares de enfermeria
10. Participar en la evaluación del desempeño del personal auxiliar a su cargo
11. Realizar supervisión de contratos de personal a su cargo
12. Capacitar al personal de auxiliares a su cargo para que ofrezcan servicios con alto sentido social y con calidad.
13. Realizar la evaluación y actualización permanente de los protocolos de enfermeria.
14. Cumplir con los turnos de servicio de acuerdo a la programación establecida y a las necesidades del servicio.
15. Controlar el uso adecuado de los suministros, vacunas, medicamentos y demás insumos utilizados.
16. Verificar de manera permanente el estado de las instalaciones, utensilios y equipos del área de servicios asistenciales, para garantizar su disponibilidad en las condiciones óptimas necesarias para ofrecer servicios con calidad.
17. Realizar los procedimientos de enfermería de mayor complejidad que según las guías manejo deben ser realizados por personal idóneo de enfermería.
18. Garantizar la ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE que se beneficia de los servicios de la institución.
19. Prestar y ser garante un trato humanizado a cada paciente
20. Participar en la socialización de guías de manejo y protocolos de atención.
21. Registrar y enviar oportunamente los indicadores de desempeño, eventos adversos.
22. Velar por el cumplimiento de las normas de bioseguridad por parte de personal de enfermeria.
23. Vigilar labores de mantenimiento, aseo, asepsia del área de desempeño.
24. Garantizar el cumplimiento de la administración de medicamentos cumpliendo lo estipulado en "Los 10 Correctos"

25. Apoyar procesos de Valoración del estado de salud de la población del área de influencia a con fines diagnóstico de la situación de salud por parte del cuerpo médico de la ESE
26. Promover la participación de la comunidad en actividades de salud.
27. Controlar el estado y funcionamiento de equipo, instrumentos y elementos de servicio bajo su cargo.
28. Mantener actualizados los inventarios a su cargo.
29. Aplicar las normas, guías y protocolos establecidos que garanticen la adecuada prestación del servicio, de conformidad con los lineamientos institucionales.
30. Realizar socialización de las guías y protocolos de manejo según su especialidad y designación.
31. Participar de manera obligatoria en socializaciones talleres y las estrategias de educación continuada en el marco de la estrategia Acciones Inmediatas en Hospitales AIH liderada por el Ministerio de Salud.
32. Adoptar obligatoriamente las rutas de atención integral en salud según resolución 3280 de 2018 y la resolución 276 de 2019.
33. Realizar informes mensuales para las aseguradoras de las actividades realizadas en los programas de promoción y prevención.

HOSPITALIZACIÓN

- Coordinar el recibo y entrega de pacientes hospitalizados
- Participar activamente en las revista médicas
- Participar en las juntas médicas
- Realizar periódicamente las rondas de enfermería y diseñar el plan de cuidado del paciente
- Vigilar la calidad de las dietas indicadas para cada paciente, según la orden médica.
- Garantizar la Revisión y cumplimiento las órdenes médicas
- Garantizar el cumplimiento de la administración de medicamentos de acuerdo a "Los 10 correctos"
- Minimizar los eventos adversos e infecciones intrahospitalarias.

URGENCIAS

- Verificar, supervizar, organizar los recursos humanos y físicos del área de urgencias.
- Verificar y organizar diariamente el carro de reanimación,
- Realizar acompañamiento asistencial a los pacientes de mayor complejidad, junto con el perosnal médico
- Priorizar la entrada de paciente a urgencias.

25. Apoyar procesos de Valoracion del estado de salud de la poblacion del area de influencia a con fines diagnostico de la situacion de salud por parte del cuerpo medico de la ESE
26. Promover la participacion de la comunidad en actividades de salud
27. Controlar el estado y funcionamiento de equipo, instrumentos y elementos de servicio bajo su cargo
28. Mantener actualizados los inventarios a su cargo.
29. Aplicar las normas, guias y protocolos establecidos que garanticen la adecuada prestacion del servicio, de conformidad con los lineamientos institucionales.
30. Realizar socializacion de las guias y protocolos de manejo según su especialidad y designación
31. Participar de manera obligatoria en socializaciones talleres y las estrategias de educacion continuada en el marco de la estrategia Acciones Inmediatas en Hospitales AIH liderada por el Ministerio de Salud
32. Adoptar obligatoriamente las rutas de atencion integral en salud según resolucion 3280 de 2018 y la resolucion 276 de 2019.
33. Realizar informes mensuales para las aseguradoras de las actividades realizadas en los programas de promocion y prevencion.

HOSPITALIZACIÓN

- Coordinar el recibo y entrega de pacientes hospitalizados
- Participar activamente en las revista medicas
- Participar en las juntas médicas
- Realizar periódicamente las rondas de enfermería y diseñar el plan de cuidado del paciente
- Vigilar la calidad de las dietas indicadas para cada paciente, según la orden médica
- Garantizar la Revisión y cumplimiento las órdenes médicas
- Garantizar el cumplimiento de la administración de medicamentos de acuerdo a "Los 10 correctos"
- Minimizar los eventos adversos e infecciones intrahospitalarias.

URGENCIAS

- Verificar, supervizar, organizar los recursos humanos y físicos del área de urgencias
- Verificar y organizar diariamente el carro de reanimación.
- Realizar acompañamiento asistencial a los pacientes de mayor complejidad junto con el personal médico
- Priorizar la entrada de paciente a urgencias.

- Verificar y solicitar suministro de los equipos, insumos y material requeridos para la ambulancia
- Realizar acompañamiento en traslado asistencial básico
- Suministrar y organizar las fichas epidemiológicas al personal médico.
- Suministrar al personal médico los insumos para la atención intergral del paciente
- Realizar revisión y seguimiento a los pacientes en el área de observación

SALUD PÚBLICA

- Planificar y coordinar las jormadas de vacunación, y realizar la correspondiente evaluación.
- Realizar los diferentes informes que sean requeridos por la Secretaria de Salud Departamental y demás autoridades y entidades de control y fiscalización.
- Participar en la formulación del Plan de Mejoramiento Continuo de su área de responsabilidad.
- Participar en el diseño, la organización, la coordinación, la ejecución y el control de planes, programas, proyectos o actividades técnicas y/o administrativas de su competencia.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- Coordinar, planear, ejecutar y evaluar actividades y acciones de P y P que permitan realizar una prevencion efectiva a toda la comunidad.
- Realizar los informes mensuales estadísticos por cada administradora del régimen subsidiado y vinculados.
- Proponer e implementar estrategias de demanda inducida que aumenten la cobertura y oportunidad en los diferentes programas de Promoción y Prevención.
- Realizar los diferentes informes que sean requeridos por la Secretaria de Salud Departamental y demás autoridades y entidades de control y fiscalización.
- Hacer la revisión, evaluación, supervisión y seguimiento de los informes de Promoción y Prevención que presentan los Puestos de Salud adscritos a la institución, y hacer las respectivas recomendaciones y exigencias.
- Participar en la evaluación del desempeño y supervisión de contrato del personal auxiliar a su cargo.
- Planificar y coordinar para que los usuarios del programa de crecimiento y desarrollo asistan a las jormadas de vacunación, y realizar la correspondiente evaluación.

- Verificar y solicitar suministro de los equipos, insumos y material requeridos para la ambulancia
- Realizar acompañamiento en traslado asistencial básico.
- Suministrar y organizar las fichas epidemiológicas al personal médico.
- Suministrar al personal médico los insumos para la atención integral del paciente
- Realizar revisión y seguimiento a los pacientes en el área de observación

SALUD PUBLICA

- Planificar y coordinar las jornadas de vacunación, y realizar la correspondiente evaluación
- Realizar los diferentes informes que sean requeridos por la Secretaria de Salud Departamental y demás autoridades y entidades de control y fiscalización.
- Participar en la formulación del Plan de Mejoramiento Continuo de su área de responsabilidad
- Participar en el diseño, la organización, la coordinación, la ejecución y el control de planes, programas, proyectos o actividades técnicas y/o administrativas de su competencia.

PROMOCION Y PREVENCION

- Coordinar, planear, ejecutar y evaluar actividades y acciones de P y P que permitan realizar una prevención efectiva a toda la comunidad.
- Realizar los informes mensuales estadísticos por cada administradora del régimen subsidiado y vinculados.
- Proponer e implementar estrategias de demanda inducida que aumenten la cobertura y oportunidad en los diferentes programas de Promoción y Prevención
- Realizar los diferentes informes que sean requeridos por la Secretaria de Salud Departamental y demás autoridades y entidades de control y fiscalización
- Hacer la revisión, evaluación, supervisión y seguimiento de los informes de Promocion y Prevencion que presentan los Puestos de Salud adscritos a la institución, y hacer las respectivas recomendaciones y exigencias.
- Participar en la evaluación del desempeño y supervisión de contrato del personal auxiliar a su cargo.
- Planificar y coordinar para que los usuarios del programa de crecimiento y desarrollo asistan a las jornadas de vacunación, y realizar la correspondiente evaluación

- Proponer controles y estrategías para que el personal de médicos remita a los usuarios a los diferentes programas de Promoción y Prevención y en especial a crecimiento y desarrollo.
- Realizar la evaluación y actualización permanente de los protocolos de enfermería.
- Cumplir con los turnos de servicio de acuerdo a la programación establecida y las necesidades del servicio.
- Controlar el uso adecuado de los suministros, vacunas, medicamentos y demás insumos utilizados.
- Realizar registro de historia clínica de cada programa.
- Prestar disponibilidad para la UCI según la programación establecida

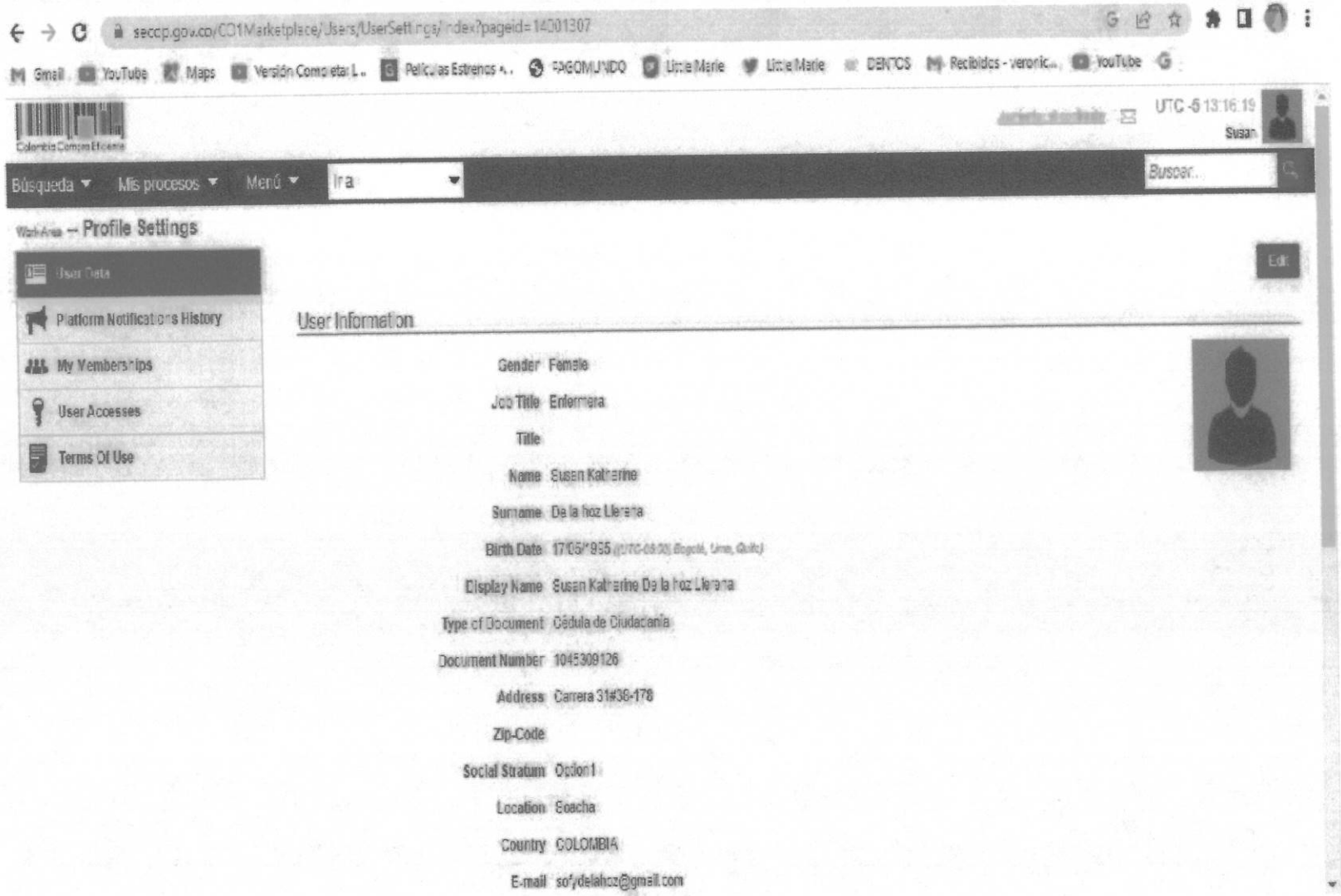
La presente Constancia se expide a los 7 días del mes de febrero de 2023, a solicitud de la interesada.

ODILIA CABRERA CRUZ
Profesional Universitario Talento Humano

- Proponer controles y estrategias para que el personal de médicos reciba a los usuarios a los diferentes programas de Promoción y Prevención y en especial a crecimiento y desarrollo
- Realizar la evaluación y actualización permanente de los protocolos de enfermería
- Cumplir con los turnos de servicio de acuerdo a la programación establecida y las necesidades del servicio
- Controlar el uso adecuado de los suministros, vacunas, medicamentos y demás insumos utilizados.
- Realizar registro de historia clínica de cada programa
- Prestar disponibilidad para la UCI según la programación establecida

La presente Constancia se expide a los 7 días del mes de febrero de 2023 a solicitud de la interesada

ODILIA CABRERA CRUZ
Profesional Universitario Talento Humano


seccp.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSett.rgs/index?pageid=14001307
Gmail
YouTube
Maps
Versión Completa: L...
Películas Estrenos ...
PAGOMUNDO
Little Marie
Little Marie
DENTOS
Recibidos - veronic...
YouTube
Colombia Compra Eficiente
UTC -5 13:16:19
Susan
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ira
Buscar...
WorkArea -- Profile Settings
User Data
Platform Notifications History
My Memberships
User Accesses
Terms Of Use
Edit
User Information
Gender Female
Job Title Enfermera
Title
Name Susan Katherine
Surname De la hoz Llerena
Birth Date 17/05/1955
Display Name Susan Katherine De la hoz Llerena
Type of Document Cédula de Ciudadanía
Document Number 1045309126
Address Carrera 31#36-178
Zip-Code
Social Stratum Option1
Location Soacha
Country COLOMBIA
E-mail so*ydelahoz@gmail.com